第３回　たつの市民病院経営形態検討委員会
－次　第－

日　時　　平成 30 年８月 10 日（金）
　　午後３時 30 分から
場　所　　たつの市役所分庁舎ホール

１　開　　会（会長あいさつ）

２　協議事項
（１）　付帯事業の現状等について（継続協議事項）【前回配付資料１～４】

（２）　病院職員アンケートの結果について【資料１、１－２】

（３）　答申書案について【資料２】

３　そ の 他
（１）　次回開催日時
　　日時：平成 30 年８月 21 日（火）　午後３時 30 分から
　　場所：たつの市役所本庁舎　３階　第２・３委員会室

４　閉　　会

※このページは、白紙です。

資料１

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

経営形態を見直す必要は現在の状況を考えると仕方がないのではと考えます。
最適と考える経営形態は　①地方公営企業法全部適応　②地方独立行政法人
また、指定管理や民間譲渡はありえない選択と考えます。

理由

過去を振り返ると、数年前までの経営破綻の責任には、経営を考えない政治的な方針、短期間で転任し責任を負わない事務の要職に、大きな過失があると考えられ、これらの過失を振り返らずに、現在、働いている医療職に全責任を押し付け解雇することは許されるものではないと考えます。

さらに、病院の将来を見据えた場合、上記の事由から脱却できる好機と捉え、迅速で柔軟な経営判断ができる地方公営企業法全部適応、地方独立行政法人への移行には魅力を感じます。さらに公務員の身分が守られる地方公営企業法全部適応を優先上位としました。

また、私たちが生きていくうえで必要な給与、処遇は、独立した経営の準備、助走期間中は現状の制度を利用していただきたい。他の例からも経営形態転換後の最低 5 年程度は必要かと考えます。

自身の労務においては、労働基準法さえ遵守されれば、配置転換なども受け入れることはできます。医療の職にあるものが積極的に経営に参加しなければならないと考えるからです。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

独立行政法人

・職員一人ひとの意識改革が必要。

・自分達の給料や経営安定を図るためには、経営全体にもっと職員一人ひとが理解し、参画するか、認識する必要がある。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

公務員である必要性がある
地方で看護師不足の中確保するためには
必要であると考えます
赤字のために民間譲渡、独立ではなく
公務員としてどうしていくか改善を図ってみるかが
重要

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

病院経営形態について、地方独立行政法人を希望します。

その理由として当院は、自らの発想展開や改革に取り組む姿勢に乏しい組織文化であるといえます。

公立病院改革ガイドラインにおいて改革プラン策定、経営数値目標の設定等が義務付けられました。地方独立行政法人は、中期目標（３～５年）に基づき事業を実施することから、実績評価が課せられます。

実績が評価されることで、その功績が給与に反映されるのであれば、職員の士気が高まると考えます。しかし、もともと士気の低い組織ゆえ逆に功績が悪ければ退職につながる危険性もあります。確かに職員の士気が高まれば、市民にとって最適な医療サービスの提供に貢献できるのではないかと考えます。

地方独立行政法人のメリットとしては、柔軟に迅速な人事管理や予算執行によって効率的に事業運営が期待できます。

デメリットとしては、借入ができないことで資金調達が困難であり投資を計画した事業展開ができず、また、計画性、経済性を優先すれば、医療水準の低下を招く恐れがあります。

設立準備には、経費負担やそれに伴う諸費用、定款や諸規則の策定まで相当な時間と人的労力が必要とされるといわれており、不安があります。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

。現在の経営形態を見直す必要性
病院改革プランから、目標を打ち立てたが、目標達成ができていない。一般会計からの繰入金が、累積していること。
医業収益に対する、人件費率が、80%以上を越えていること。
。何度かの検討委員会の報告や、それ以前に聞かせていただいた話を総合的に考えると、地方独立行政法人が、一番、適切と感じます。ただ、今の話しでは、1年半後ぐらいには、変更されてしまうということですが、そうなった際の、職員の確保や、職員のモチベーションがこのまま維持できるのか、現行よりも、収益が得られ、維持できるのかなど、より具体的にじっくりと検討を重ねて、行くことが、望ましいと考えます。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

地方独立行政法人でよい。以外の選択肢はないと考える。
現状では、市の意向をくんだ方法でしか対応できず
職員は公務員気質の者が多く存在している。
厳しいが決の中であらためて再建していく。
以前は職員に対する不安材料となることを考え、
あまり積極的に知らせようとはしなかった。
一部の幹部職員で運営していたと思う。
みなそれぞれに不安材料はあると思うが、困難な時
しまで一致団結していく必要がある。
ただ、経営に主をおくと、患者の対応がおざなりに
なることも考えられ、そのあたりは、管理職がしっかりと
コントロールしていく必要がある。
いずれにしても消去法でいくならば、独法化しかし
道はないだ決と考える

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

地方独立行政法人が最適であると考える。
1つの企業として事業経営病院経営者をおき
社会情報にタイムリーに変化することが出来る体制をがとれると感じるため

地域包括ケアシステムを推進するためにも、地域住民に質の高い医療を継続して提供するためにも
病院組織を、経営を、熟知した要（医事）が必要ではないかと考えます。
数年単位でローテーションする現状では、経営の要が不在になっている様に思います。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

地方公営企業全部適用を導入した場合、公務員としての立場は保証され、今迄通り市からの繰り入れ金で入り運営出来るのならば賛成である。職員の労働条件低下の危険があり将来的には指定管理等に移行する事が多いと伺われる。その上、市長の方針として、当院の民営化と言われている中、導入は無理だと思われる。

指定管理・民間譲渡に関しては、負債があり、建物に関しても患者さんの利便性を考えていなく、職員中心な構成な所に投資をする企業（病院）は無いと思われる。また職員の継続雇用の保障も少ない為これも無理ではないか。

地方独立行政法人は、公務員としての立場は無くなるが、共済関係は引き継がれ保障はある。ただ今院内で噂になっている「資金不足になり、職員の退職金で補填していく、現給補償といっても5年ももたない」等その不安要素はある。先に書いた通り現市長の公約通りにいくなれば地方独立行政法人を導入し、また職員の不安要素を取り除くような説明をして頂き、全職員が当院を選んで下さる患者さんと自分達の病院であるという意識を持ち取り組んでいくべきだと思う

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

見直しの必要性はある。

理由

地域医療構想に則り地域包括ケアシステムを推進していくことが求められ、医療機関の機能分化と連携が進められてきた。当院に求められる役割は、隣接地域の高度急性期の後方病院としての機能と、在宅医療への貢献である。今後も急激に変化する医療環境に適応し、医療を提供していくためには、戦略的な医療経営が不可欠である。そのためには、経営の持続的な安定化が必要であると考えるから。

経営形態は地方独立行政法人。

理由

財政面

移行期間を含め、財政面での負担が最も少ないと考えられるから。

運用面

たつの市に縛られることなく、独自で病院の柔軟な経営が可能となるから。

たつの市民病院経営形態の見直しについて

1，見直しの必要性について
・必要あり
2，最適と考える経営形態について
・地方独立行政法人（非公務員型）
① 現所属職員の経営形態移行に伴う身分保障の不安を最少にする
：共済組合制度を継続することで市の負担は発生するが、職員は安心である
：経営形態変更に伴う職員の離職を最小限に留め、「休床」を可能な限り防ぐ
：経営の収支改善に向けた取り組みを断行するための職員の意識改革は必須である
→地方独立行政法人は有期限での単年度黒字化が求められるため中期的な展望の元、職員の経営参画意識の醸成を図ることが可能である
→累積赤字の計画的償還を進め、市の一般財源からの支出削減を推進する
②安定した持続可能な経営実現に向けた「病院管理者」への権限委譲を果たす
：病院管理者の裁量で医療資源の確保（医師確保）や診療機能の拡充を図り、人事権発動によって活力ある職場づくりを推進する
：「職員の意識改革」を断行するためにも人事考課制度を活用し、給与体系の見直しを図り、実績を上げた者等を評価することで活力ある職場作りを推進する（人件費という固定費を縮減し、収支改善を図る）
：この３年間の毛利委員長と三村院長、高井前副院長兼看護部長による取り組みで、収支は改善したものの、依然一般財源からの繰り入れに頼っているところであることから事務部門に経営戦略部門を設置する
→この７年間の実績を見ても病院職員によるマネジメントには限界がある
③地域住民の安心を担保する
：揖保郡御津町時代からの「住民のための病院＝公立御津病院⇒たつの市民病院」という名称は残す
：整形外科と内科中心の診療機能を維持しつつ、高度急性期医療は姫路市内の病院と連携し役割分担を明確にすることで「たつの市民病院の役割」を地域住民に理解してもらいながら公的医療機関としての責務を果たす
④「非公務員型」導入で人的資源の有効活用を図る
：働き方改革が叫ばれる中で「たつの市職員就業規則」の縛りを離れ、多様な働き方を導入することが可能
→医師の診療時間に即した看護職・医療職の適正配置を行い、専門職を医療資源として最大限有効活用する（業務量に応じて人数配置をシフトする等）
⑤「市民病院直営の見直し」という山本市長の選挙公約実現
：市の財政支援を漸減しながら「任期１期目」での独立採算への実績をつくる

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

独立行政法人が良いと思います。

職員が経営を考え、個々の職に信頼ができる技術や知識をもち、その対価としてコストUPを図る結果を考えるべきだと思います。

職員の意識改革が必要でないかと思います。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

検討委員会の答申に従います

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見

たつの市民病院の経営形態を見直す必要性、また、見直すのであればどの経営形態（地方公営企業法全部適用、指定管理、民間譲渡、地方独立行政法人）が最適であると考えるか、何故、その経営形態が良いと考えるかなど

地方独立行政法人が良いかと思います。

理由）

経営面に於いて病院独自で決定できる事がある。

人材確保に於いても、地方公務員の制限を受けず、現場に必要な人員の確保や勤務形態等も検討できる。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見（一般職）

提出：68 名

【現状のまま】

・独法については理解できるが、不安は残る。出来れば、今のままで職員の意識改革を行い経営いただきたい。
・現在の経営状態が改善しているのであれば現状維持で良い。市が独法にしなさいと言わない限り現状維持が良い。
・異動期間を長くし、院内から経営方針決定できる人を出し、積極的に経営状況の向上を目指せば良い。今後の労務、給与、処遇等は、経営形態が変われば、現状より良くなると思わない。
・年金が多い。各種休暇制度、年１回の昇給、働きやすい職場である。
・市が支援してくれるのであれば理想であり、現状で良い。市が支援出来ないのであれば独法が現状と同じような形で、地域の役割を果たすのに適している。
・第２希望は全適で良い。公立病院で金儲けしようという考えがおかしい。赤字が続くのも駄目であるが、プラスマイナスゼロぐらいの収支で良いのでは。働く者でアイデアを出し合い一生懸命働く事が市民サービスに繋がる。独法化すれば、それを維持していく事が本当に出来るのか？
・経営状態は以前と比べ大きく上方修正しており、少しずつであるが黒字経営になっていると聞いている。現状維持でしばらく様子を見ては
・独法になった場合、人員確保、新たなサービスを迅速にできる。しかし、トップが代わり内容がシビアになり身分格差が生じると思う。

【全部適用】

・独法になると経営状態の良し悪しで処遇面に差が出る。非公務員となると病院自体が営利のことばかりに目が向く。
・給与を抑えたのであれば独法化すべきだと思うが、市からの繰出しが無くなる訳ではないので、独法が最適とは言い難い。民間譲渡し、競争原理を働かせ、意識改革をしなければ経営改善は難しい。
・公務員として退職を希望する。
・職員の待遇が現状のままを希望する。
・他の経営形態が不安である。
・公益性の高い医療を提供するためある程度の赤字は公的サービスとしての経費だと思う。独法も同様だが、実際は利益が優先されてしまうため、市民病院としての役割が果たせない。また、民間売却を推進する理事長を市長が任命すれば、中期計画を見直し、民間譲渡される可能性が高く、公益性の高い医療を提

供してくれる病院が無くなり、市民サービスの低下を招く。
・市民病院であり続けたい。福利厚生が充実している。
・今までの状況が維持できる。
・給与が保障されるのであれば独法でも良い。

【地方独立行政法人】

・今後の事を考えると、地方独立行政法人として病院が維持されることを希望する。
給与、処遇は現状通りを希望。指定管理、民間譲渡だと退職を考える。
・非公務員がデメリットのように思われるが、個々の能力、貢献度が給与に反映されメリットとなる。モチベーションアップに繋がる。
・市民のために事業を行う上で、公立であるが故の制約が多い。柔軟な対応ができる。民間譲渡は、営利目的が重視される。給与等については、現状の水準を保持していただきたい。
・行政職と医療職は全く別であるにも関わらず同じ扱いはおかしい。医療職が主体となり経営を考えていく方が、意欲が高くなる。独法になっても労務、給与、処遇等は現状維持をお願いしたい。
・人事など各部署の要望が迅速に対応できる。経営に熟知した人が安定した経営を行える。
・地域に必要な事業を効率的・効果的に行える。また、自主・自律的で環境の変化に柔軟に対応した経営が行える。現場での意思決定が迅速にでき、医療サービスの向上に繋がる。医療スタッフの確保が地方公務員法の制限を受けず確保できる。
・民間や指定管理は、現状と違いすぎる。
・経営形態を見直すのであれば、当直を院内医師で行いコスト削減した方が良い。
・特定型の独法が良い。
・毎年、多くの税金を投入されている。このままであると指定管理や民間譲渡しても立ち行かなくなる。当院の看護師の平均年齢は高く、１人当たりの単価が高いため、給与維持が困難と考える。指定管理や民間となれば給与カットとなり、モチベーションが低下し、離職が進みメリットは感じられない。当院の入院患者は市民が 54%、市外が 46%と市民の利用が少ない。市民病院だからこそ市民のために支援できる病院ではなければならない。

【民間譲渡】

・民間経営で良いと思う。
・腕の良い医師、人間性のある医師、経営能力のある医師・事務スタッフ、管理能力がある看護部長、看護を語れる看護師長、魅力ある病院に尽力できるスタッフが集まれば民間で出来る。給与が安くても魅力があれば良いと思う。

【その他】

・赤字経営なら見直す必要がある。信頼できる安心して命を預けられる病院であって欲しい。経営の見直しが必要であるなら、人材確保・育成も必要。
・各経営形態のメリット、デメリットが分からないが、現状維持ができる形態が良い。
・今の経営状態であれば、見直す必要がある。
・出来るだけ現在の給与、処遇は継続・維持できるようにしてもらえるとありがたいとは思う。今、全適にしても、数年後、独法や民間に変革はあると思う。５年先、10 年先の病院はどうあるべきか等、各職種がもっと考えるべき。
・経営形態に関しては、詳しく分からない。地域医療のニーズを考慮しながら経営し、皆様に満足いただく病院で働きたい。給与、休暇などは、現状を希望する。
・経営形態を見直す前に、今の経営状態を見直すべき。公務員でなくなると退職者が出る。今の病院の存続に強い不安を感じる。
・給与、処遇は現状を希望する。
・公務員には拘らない。
・経営形態はどれでも良い。経済保障、処遇等が現状と変わらなければモチベーションは変わらない。しかし、民間譲渡は、経済保障等が無いため、反対する。
・公務員で入職しているのに途中で形態が変わると生活が保障されない。公務員の保障は継続していただきたい。
・独法化して、昇給や休暇制度が現状より良くなるのなら考える。非常に多忙なのに昇給率が下がると働く意欲が無くす。
・外科、眼科の手術再開、スタッフを増やし、時間外の減少
・福利厚生が充実しているから就職したため、公務員形態を望む。
・コスト意識をもって業務をしていても医事の体制を変えなければ収入に繋がらない。どの経営形態になっても給与・休暇が維持され、退職金も保障されなければ、離職者が増える。
・経営の黒字化を目指し、経営が安定してから、見直すべき。仮に独法になっても医師、看護師は確保できるのか。特に看護師は非公務員となれば離職する可能性が出て運営が不安である。全適なら身分が保障され、経営責任者が明確になり、迅速性が発揮でき、職員の経営意識が向上する。全適から独法すれば良いのではないか。

・公務員という立場が失われた場合、どのように人材を確保するのか、営利主義にならないのか等、職員にとっての不安材料が多くある。もう少し具体的な案、政策を全職員に周知する機会を設けることを検討いただきたい。
・どのような経営形態になろうと、患者さんに最適かつ最高の医療を提供できれば良い。

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見（非常勤職員）

今回の意見募集に関しましては、私共パート職員（臨時職員）にとっては、この上ないチャンスと思い有難い気持ちでおります。

現在、どうしても今のような勤務スタイルでなければ働きづらい状況ですが、今後、状況が変わって来た時は、やはりきちんとした待遇での正規職員として勤めたいと思っています。当院の経営形態については、この点から考えても、公営である必要性は全くないと考えます 。多くの正規職員の方々は、経営形態が変わると（たとえ独法でも）自らの処遇が今より悪くなると考える方が大半かと思いますが。正直申しまして、今までの守られた処遇に胡坐をかいているのは職員の為にも良くないと考えます。周囲を見ましても医療従事者であるという意識が低く、向上心に欠ける方が多いように見受けます。（また、臨時職員は時給での勤務のため、勤務時間内はきっちり働けという風土で正規職員は雑談や時間外勤務はよしとされている風潮があります。）

経営形態が一番の根本かもしれませんが、職員一人一人の意識改革が大切なのではと考えます。

資料１－２

たつの市民病院経営形態見直しに関する意見（職員組合分）

１）どの経営形態が適切だと思いますか？

①一部適用	２０人
②全部適用	３４人
①と②両方選択	５人
③独立行政法人	７人
④指定管理制度	０人
⑤わからない	１０人
無回答	１人
合計	７７人

アンケート配布数：102
回収数：77
回収率：75.5%
※小数点第２位四捨五入

２）なぜその経営形態がいいと思いましたか？

①一部適用

・経営形態の変更前にやらないといけないことが多くあると思う。
・一部適用でも経営状況を改善できている。独法だと処遇面が悪くなるのは明らかです。
・経営回復に向け取り組んでいる最中に形態を変えられると…最初から変える方向であったのかと不信感を覚える。
・経営状況の改善が行われているのに、なぜ他に経営主体が移行しなければならないのか理解できない。（３人）
・現在の経営形態が最適だと思う。また、経営形態の変更は離職が増える。（２人）
・安定しているから。
・公務員形態でありたいから。
・待遇が現状維持されるから。（２人）
・現在の給料と休暇制度を希望するから。
・福利厚生も良く、働きやすいから。
・独立行政法人では人事を当局が決めるようになるから。
・大きな変化は混乱を生むから。

②全部適用

・独立行政法人に移行した時点で、給与の保障等、人生設計に関わる内容が不透明である。公立の病院がお金もうけの為に医療を提供するのは少し違う、赤字でも公立で医療提供を継続するべきだ。
・経営が改善傾向なのに、独法化するメリットが分からない。（３人）
・経営状態が改善してきているのなら、現状維持で良いと思う。（２人）
・独法になっても収支は変わらないと思い、今のままが良いと考える。

・独法になったとしても黒字にはならず、最終的に民間へ変わると思う。
・検討委員会で、まだ改善しなければならない項目を多数指摘されており、それを改善した上で経営が改善するのか見極め、経営形態について議論すべきだと思う。
・公務員の身分が保障され、経営責任が明確であり、迅速性が発揮でき、職員の経営意識が向上できる。
・公務員の身分保障があり、なおかつ経営に責任を持つ立場のもの（自分を含む）が迅速で柔軟な経営に参画できるから。
・給料、昇給、休暇制度の現状維持を希望する。
・現在の給与が維持され、退職金も保障されるから。
・退職金や年金制度が確立されているから。
・身分が保障されるから。（２人）
・公務員を希望して就職したから。（５人）
・公務員希望で就職している人が多いので、今後の入職希望者の減少、離職につながるから。
・安定性（２人）
・他の形態は将来が不安である。（２人）
・病院の現状や形態は現場の職員の方がよく把握できているから。
・病院内の事は病院で決める方が患者様にとっても私たちにとっても良い。
・病院の業務内容は病院内で決定した方が良い。
・市議会などを通さず、労働環境を改善するための交渉がしやすいと思う。
・責任者が明確な方が良いと思う。

①と②両方選択

・公務員形態を望むため。
・公務員であるからこそ福利厚生や給与形態が保障されていると思う。
・昇給、賞与、年金、退職金などの待遇面継続を希望する。
・現在の経営形態で改善していくべき、独法になれば役割は継続されても現在の福利厚生がそのままという約束がない。

③独立行政法人

・病院経営に熟知したプロが継続した経営運用をした方が良いと思う。
・地域で病院が存続するには柔軟さが必要になると思う。利益が出ることで身分保障につながると信じている。身分保障というのは、給与・休暇を含め、現状より良くなるか維持できるようにして欲しい。
・新たな事業の立ち上げ、定数や様々な制限がなくなれば良くなると思う。
・役所と医療職は全く別物であるにもかかわらず、同じ扱いになる所が納得できない。

・市民が望んでいるのでは？

⑤わからない

・今の形態しか分からないため、このままが良いが、本当にこのままで良いのか分からない。
・病院経営に対して専門の知識がある人を配置して欲しい。
・経営について皆の意識が変わるのではないかと思う。
・管理職は、病院経営の知識がある人でないと難しいのではないかと思う。また、患者さんのことを考えられる人が良い。
・現在の給与・昇給・休日数が保障される経営形態が良い。

無回答

・民間譲渡が良いと思う。買ってくれる病院があれば良いが、今の病院は魅力がなさすぎる。腕の良い Dr はいない、変わった Dr ばかりいる。看護部はどこ見て仕事してるのって人ばかり。解体して良いと思う。田舎でも魅力ある病院になれば良いと願うだけ。

３）当院が独立行政法人化の可能性について検討されていますが、どう思いますか？

①賛成	７人
②反対	４０人
③わからない	２９人
無回答	１人
合計	７７人

４）なぜそう思いますか？その他の意見もあればお書きください。

①賛成

・病院独自で経営全体を考えてやっていく方が、働く側として意欲がより高く持てると思う。
・病院経営に熟知したプロが継続した経営運用をした方がよいと思う。
・2025 年問題などで地域に求められる医療をスムーズに提供できるようになるには、現状のまま、全部適用では経営が困難かと思う。より良い医療を地域の方へ提供するためにも独法化し、公的病院の役割を果たすべきかと思う。全てに納得できるわけではないが、より良い結果になることを願う。
・身分保障までなくても、給与や有給確保等、現水準を保持できるようにして欲しい。

・いずれは独法になるのではないでしょうか。現状を受け入れるしかない。病院以外のケアホーム、訪問看護、居宅はどうなるのでしょうか、不安です。

②反対

・独法のメリットがない。
・現在の経営形態が最適だと思う。（２人）
・非公務員化となれば、医師・看護師の離職率が増加し病院運営が不安である。
・独立行政法人だと、ここで働くメリットがない。退職を検討する。
・離職者が増える。
・独法になるのであれば、副業などを認めて欲しい。
・この病院の売りは公務員で、それによる人材確保が大きい。独法になれば人材不足になると思う。
・公務員でなくなると退職者が出て、今以上の人手不足になると思う。今後の経営、病院の存続に不安が大きい。
・給与、退職金、休暇が維持されないから。看護師がコスト意識を持ち業務しても医事で取り忘れがある。本当は取れるコストが抜けているなど医事の体制を変えなければ、どの経営形態になっても同じだと思う。低コストの材料への見直しなども必要だと思う。
・現在の公的病院の役割を継続するとなるとスタッフへの負担が増大する。赤字病院のため独立採算制になると給与形態が変わってしまうと考えるとモチベーションが下がる。
・独法になっても黒字にはならず、最終的に民間へと変わると思う。
・独法にしても今の市民病院の体制では経営の改善は難しいと思う。全適に変更し、指導力のある管理者の元で経営改革を行い上手くいくのであれば、その後独法化するのがいいと思う。
・病院の問題点は経営形態だけではなく、先に解決すべき問題がある。
・独立行政法人を急ぐ理由が分からない。なぜ、現在の経営形態で黒字を目指そうとしないのか。
・検討することで、職員の不安をあおっていると感じる。
・経営・管理のできる人が来るか心配。
・待遇が下がると生活に支障をきたすから。
・公務員を希望するから。（４人）
・休日の確保や給与面など病院の経営状態に左右され不安定になるかもしれない。具体的にどう変わるのか見えないので不安である。
・将来性が不安定なため。（３人）
・５年後が不安である。
・何がメリットで何がデメリットなのか分からない。
・昇給が少なくなるから。

③わからない

・経営が悪くないのに独法に変える必要はないと思う。
・経営方針が分からない。独法になるとどう変わるか分からない。（３人）
・具体的なことが把握できていない。
・メリット・デメリットが分からない。（４人）
・どれがベストか分からない。
・目の前の患者様に集中し、患者様ファーストの医療がしたい。
・働きやすい職場環境と、待遇の保障を希望する。（３人）
・市の縛りがなくなるのは良いと思うが、公務員でなくなると働きにくくなると思う。
・どの形態であれ、やりがいの感じられる職場になれば良いと思う。
・トップが替わっていくことにより、身分の格差が大きく生まれる。
・当院が市の負担になっていると聞くが、黒字経営にできる政策を取ってくれれば良いと思う。

無回答

・公務員の保障に魅力はあるが、病院経営が成り立たなくなるようでは本末転倒であり、独立行政法人化は全部適用の次点として充分に考えうるから。

※このページは、白紙です。

資料２

答　申　書

平成３０年８月

たつの市民病院経営形態検討委員会

目　　次

１．はじめに

２．たつの市民病院の現状

３．病院収支の赤字の原因

４．病院事業収支の状況

５．病院収支の現状

６．市民病院の今後のあり方

７．経営形態の見直しの必要性

８．経営形態を見直す上での課題

９．経営形態見直しの選択肢

10．経営形態の見直しによる課題

11．望ましい経営形態

１．はじめに

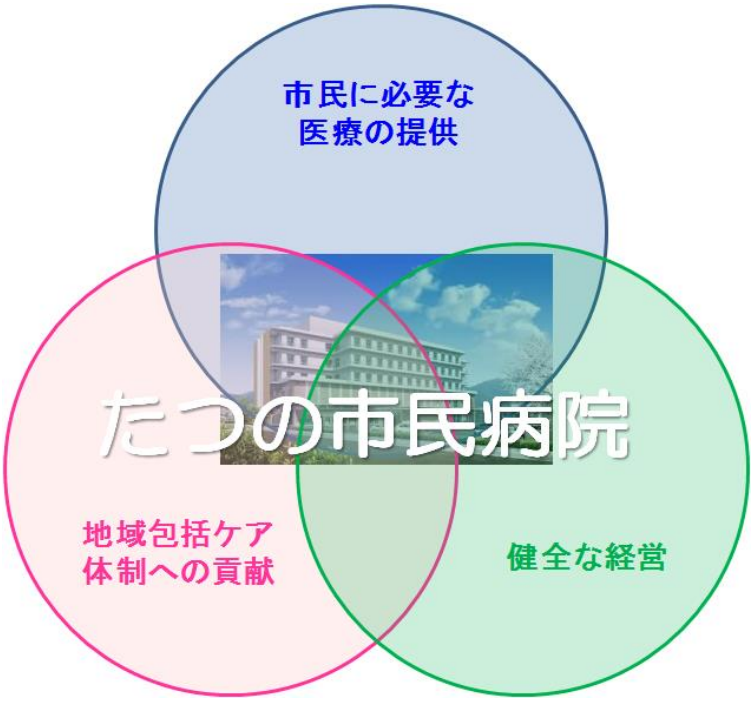
市民病院経営形態検討委員会（以下、本委員会と略す）では、一つ目にたつの市民病院（以下、市民病院と略す）が持っている医療機能を維持、向上させるとともに、地域において果たしている役割を維持すること、いま一つは、医療情勢が変化していく中で、長期にわたって安定的に運営するにはどうあるべきかという視点に基づき、市民病院の経営形態について検討することを目的とした。

２．　たつの市民病院の現状

市民病院は、たつの市南部である御津町に位置し、たつの市、太子町及び姫路市南西部が診療圏となっている。病床数は１２０床（急性期６０床、回復期６０床）を有する、市内で最大規模の病院であり、急性期病棟と回復期リハビリテーション病棟の両者をあわせもつ唯一の病院となっている。

診療科は、総合診療科（院内標榜）、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、糖尿病内科、外科、脳神経外科、整形外科、麻酔科、リハビリテーション科、眼科、皮膚科、精神科、老年精神科、歯科、小児科、の１６科を有しており、入院については内科及び整形外科を中心に急性期から回復期までに対応し、外来についてはかかりつけ医機能を果たすとともに、在宅療養支援病院として訪問看護ステーションと連携した在宅診療から看取りまで、市民の多様な医療ニーズに応えるとともに、安全・安心の確保を目指した医療の提供を行っている。

今後、ますます進行する高齢化に対応するために、医療のみならず介護の面においても先導的な役割を果たすことが求められており、「市民に必要な医療の提供」、「地域包括ケアシステムへの貢献」、「健全な経営」を基本方針として、病院運営が行われている。



（１）市民に必要な医療の提供

市民病院に求められる医療機能の第一として、救急医療が挙げられる。現状の規模及び体制の下では、すべての救急医療に応じることは困難であるが、救急搬送要請の多い内科系疾患に対応するため、休日・夜間を含めた年間３６５日で内科系の救急患者受入体制が整備されたことから、救急応需件数はここ数年で大幅に増加している（①資料２－５）。

また、高齢化に伴って増加している骨折等の運動器疾患を中心とした整形外科領域の救急医療に対応するとともに、回復期リハビリテーション病棟において急性期治療を終えた患者を受け入れ、地域全体における救急医療の安定化に貢献している。

（２）地域包括ケアシステムへの貢献

誰もが地域社会の中で役割を持ち、いきいきと暮らすことができるまちづくりを実現するために、疾病や障害の種類、程度、年齢、性別等に関係なく、等しく生活に必要な支援を受けることができる地域包括ケアシステムの実現が求められている。

市民病院では先導的な役割を果たすために、平成２８年３月に訪問看護ステーションを開設するとともに、平成２８年５月に訪問診療を開始して、平成２８年１２月には在宅療養支援病院の届出を行い、平成２９年９月には在宅療養支援病院機能強化型の指定を受けて現在に至っている。これによって、入院医療から在宅診療に至る一連の医療サービスを切れ目なく提供するとともに、在宅看取りにも積極的に対応している。

また、限りある医療・介護の資源を有効に活用するため、揖龍地区の病院－在宅連携ルールに基づき、介護支援専門員に情報提供を行い、円滑な在宅復帰を支援するとともに、かかりつけ医機能を有する地域の医療機関との連携を強化し、紹介率及び逆紹介率の向上を図っている。

（３）健全な経営

市民病院を今後とも長期間にわたって安定的に運営していくため、基準内繰入れでの黒字化を原則として効率的な運営体制を目指して体質改善に取り組むとともに、国民健康保険事業会計の負担を抑えるために、特定健診や市民がん検診、人間ドック事業等の疾病予防にも積極的に取り組んでいる。

３．病院収支の赤字の原因

市民病院では、基幹型臨床研修病院を目指して平成２０年４月に１７８床へと増床するものの、入院患者数の増加には繋がらず病床稼働率は５０％前後に留まるとともに（①資料２）、ペインクリニックが専門であった院長の退職も相まって、医業収益の大幅な減少による深刻な赤字を招来することとなった。新病院建設にあたっては、病床数を実際の入院患者数に見合った１２０床に減床したものの、職員数は減床前の定数を温存しており病院運営コストが高止まりする原因となった。これに加えて、ニー

ズのない医療機能を存置して新たな医療ニーズに対応しなかったこと（Ｈ２７→Ｈ２９比較：影響額約３．９億円/年）と、市民病院の規模、機能に見合わない高額医療機器を導入したこと（Ｈ２６→Ｈ３０比較：影響額約２億円/年）によって、平成２６年度には７億１千６百万円を繰り入れたにもかかわらず、約１億５千２百万円の最終赤字を計上することとなった（①資料３）。

医療機能については、姫路循環器病センターを除く姫路市内の基幹病院が市民病院の建て替えより前あるいは同時に現地建替あるいは新築移転を行っており、それに合わせて超急性期あるいは急性期医療機能の充実を図っていたところであり、特に他の診療科との相乗効果を期待できない外科の急性期機能を維持する必要はなかったといえる。

次に、医療機器の整備に関しては、新病院の建設の際に目玉として挙げられていた機器（新病院建設協議会資料）の多くが、必要以上に高機能であったり、外部委託で支障を来さないものであった。また、電子カルテについても病院規模に見合わないものが高額な費用をかけて導入されており、これらの導入に要した借金返済に多額の経費を要したことは、医業収支の悪化を一層後押しするものであった。

４．これまでの経営改革と経営改善

平成２７年５月１０日には、市民病院が開設されてから最低となる入院患者数１８人（病床稼働率１５％）を記録したことから、６月１日付で院長が更迭され院長職務代理者（以下、職務代理者と略す）が設置されるに至った。以降、職務代理者の下で市民病院の経営改革が進められることとなり、７月には地域の医療ニーズに応える形で回復期リハビリテーション病棟が新設され、９月には従来から求められていた内科の午後診療を全曜日に拡大し、３月には従来は病院内に設置されていた訪問看護室を改組して、在宅看取りにも対処できる２４時間対応の訪問看護ステーション「れんげ」が市中心部のたつの消防署３階に開設された。

平成２８年４月には、三村令児院長が就任することによって経営改革のスピードが加速し、総合診療、在宅医療、回復期機能をキーワードとして診療機能の充実が図られ、平成２９年９月には急性期病床２０床を回復期病床へ転換して、一般急性期病棟６０床及び回復期リハビリテーション病棟６０床の２病棟体制へと移行するとともに、在宅療養支援病院機能強化型に指定され、地域の医療ニーズに即した病院機能へと転換が図られた（①資料２）。

一方、これにともなって外科及び眼科の入院機能は大幅に縮小されるが、外科系診療科の拡大（皮膚科及び脳神経外科、形成外科、泌尿器科）と近隣の基幹病院との連携によって、医療アクセスへの悪影響は最小限に抑えられた。

５．病院収支の現状

前述のとおり、平成２６年度には７億１千６百万円を繰り入れたにもかかわらず、約１億５千２百万円の最終赤字を計上していたが、病院機能の転換によって入院及び外来患者数はともに下げ止まり（②追加資料１）、総収支の悪化は繰り入れ額の減少の範囲内に留まった（①資料３）。

平成２８年度からは、三村令児院長の下で医療機能の充実が加速度的に進められ、入院患者数は飛躍的に増加するとともに、医業収益も大幅に向上している。一方、外来患者については、外科の縮小やかかりつけ医との機能分担によって減少傾向が続いているが（②追加資料１）、医業収益に与える影響は軽微に留まっている。

この結果、平成２９年度の総収支は、補正予算を調整していた１月時点では約４千万円の赤字が見込まれていたが、決算見込みにおいては当初予算ベースで（補正予算分１億２千万円を除いて）約５百万円の黒字となり、基準内繰り入れでの黒字が達成されている（①資料３）。

６．市民病院の今後のあり方

（１）県内市町立病院における経営の現状

県内の市町立病院においては、病院事業の赤字が自治体財政に多大な影響を及ぼしつつあり、平成２９年度決算において前年よりも収支の改善が見込まれているのは、たつの市民病院と加東市民病院のみであり、その他の病院においては収支の悪化が見込まれている（現時点で確認できたもののみ）。このような状況の下で、市立川西病院は本年３月議会において医療法人協和会を指定管理者とした指定管理に移行することが議決され、三田市民病院も済生会兵庫県病院との経営統合が検討されている。加西市や新温泉町においても、病院に対する財政負担を巡り議会において活発な議論が交わされている。

（２）今後の医療需要の動向

これまで、市民病院のような病床規模が２００床未満の急性期病院は収益性が低く、収支が改善が難しいとされてきた。これは診療単価が低いことと費用に占める人件費の割合が高いという構造的な問題であることから、人件費比率の低下が困難なことに因るとされてきたものである。しかし、今後２０３０年をピークに後期高齢者人口が減少するのみならず（図１）、後期高齢者の入院受療率も一貫して低下していることから（図２）、超急性期の医療需要も減少することが予測されている。したがって、大規模急性期病院における最新の医療機器で最新の治療を行い、高い診療報酬を得て投資を回収していくという図式については、いずれ行き詰まることが予想されている。

（３）地域医療構想への対応

こうしたことから、地域医療構想においては、県内のいずれの２次医療圏域におい

ても急性期機能が過剰となり、回復期機能が不足すると見込まれている（①資料２－１、①資料２－２）。市民病院では平成２７年７月に急性期病床４０床を回復期病床へ転換し、地域住民が脳卒中や大腿骨頸部骨折等の急性疾病に罹患しても、集中的なリハビリテーションを提供することにより、速やかな機能回復が図られ早期に在宅へと復帰することが可能となっている。加えて、地域医療構想調整会議での協議結果に基づき、今後の医療需要の変化に対応するために、平成２９年９月には更に急性期病床２０床を回復期病床へ転換して回復期機能を強化するとともに、西播磨地域で唯一の呼吸器内科の急性期へ対応できる病院として、急性期病床のうち４床を人工呼吸の必要な急性呼吸器疾患に対応できる高度急性期病床として整備することとなったところである。

７．経営形態の見直しの必要性

平成１６年度の新医師臨床研修制度の導入以降、地域医療を取り巻く情勢は大きく変化しており、これに２０２５年問題に代表される急速な高齢化の進展が加わることによって、今後も中長期的に地域における医療需要は変化し続けることが予測される。

こうした状況の変化に対応して市民病院が生き残るためには、これまで以上に柔軟な発想と迅速な経営判断に基づく運営が必要となる。財務、人事等の経営判断を担当する職員が本庁からの人事異動により短期間で入れ替わる中で、条例で職員定数や医療機能を規定されたり、単年度予算の中で収支均衡の優先を求められる公営企業法一部適用あるいは全部適用という枠組みの中では、一般会計からの繰入れを受けたとしても、変化する地域の医療ニーズに応えて最適な医療を提供し続けることは困難であると考えざるを得ない。

８．経営形態を見直す上での課題

市民病院の経営形態を見直すにあたって重要な課題は、①組織ガバナンスの強化、②医療の質（医療安全）の向上、③職員の士気向上である。

①の組織ガバナンスに関しては、これまでのように事務局職員が管理職を含めて数年毎に本庁から異動するのではなく、医業収益の源泉である診療報酬を担当する医療事務、医師、看護師等医療職の確保を担う人事担当、資金の借り入れや運用を担う財務担当に専門的知識をもった職員を確保するとともに、必要な人材を育成することが必要である。

②の医療の質（医療安全）の向上に関しては、単にマニュアルを遵守する医療安全ではなく、Total Quality management の手法を取り入れ、局所的な医療の質の向上を図るのではなく、病院全体あるいは全部門的に医療の質の向上を目指すことが必要とされ、加えてどのような視点から医療の質の向上を図るのかという観点が重要とな

る。

③の職員の士気向上に関しては、経営形態の見直しを人件費削減の手段として捉えるのではなく、働きやすい職場環境の確保やＢＳＣ（Balanced Scorecard）を用いた経営戦略目標の職員との共有、貢献度に応じたインセンティブの付与、資格取得等の人材育成への支援が重要である。

９．経営形態見直しの選択肢

市民病院として存続しつつ経営形態を見直す場合の選択肢には、①公営企業法全部適用、②地方独立行政法人化、③指定管理者制度の３つがあり、このうち民営化に該当するのは、②の地方独立行政法人化と③の指定管理者制度である（①資料４）。

前述の課題に対応するためには、経営形態というハード面を見直しただけで事足りるのではなく、そこで働く職員の意識改革というソフト面での変革も重要である。まず、経営形態の面においては、条例で職員の定数や処遇が規定され、予算面でも単年度主義の縛りがあり、臨機応変な対応が不可能である公営企業法全部適用の下では、今後の急激な医療環境の変化に対応できないことは明白である。一方、指定管理制度を導入した場合には、職員の意識改革は進むかもしれないが、職員のすべてが分限免職となり（再雇用の保証はない）、給与も指定管理者となる法人の制度が適用される等、処遇面で激変が生じるため、現状の医療機能を維持するために必要な職員が残留する保障はない。

この点、地方独立行政法人への経営形態の変更は、職員の身分が公務員から非公務員へと変わるものの、雇用は継続して退職金、共済等も引き継がれるため（新たに雇用保険の負担は発生する）、処遇面での変化は最小限に留めることができる。加えて、民営化によって病院運営の自由度が増すことから、今後の医療環境の大きな変化に対しても、職員の意識改革を促すことによって対応できる可能性が高まる（②追加資料５）。

10．経営形態の見直しによる課題

新病院建設と相前後した経営危機に際しては、一般会計より多額の繰入れを行って市民病院を存続させることが可能であった（ただし、不足する資金の全額が繰り入れられたわけではないため資金不足が発生している）（①資料２－４）。しかし、たつの市に限らず自治体財政は中長期的に悪化の傾向にあり、地方交付税の減少と施策の拡充による歳出圧力の増大によって、財政調整基金の残高は減少局面に入っている。

大都市を除いて多くの自治体では、基準内繰入れといえども一般財源からの持ち出しがある現状では、これを維持することも将来的には財政的に厳しいと認識されることが予想され、市民病院を現状のまま公営で維持した場合でも、これまでのような赤字補填は期待できない。また、このことはたつの市あるいはたつの市民病院に固有の

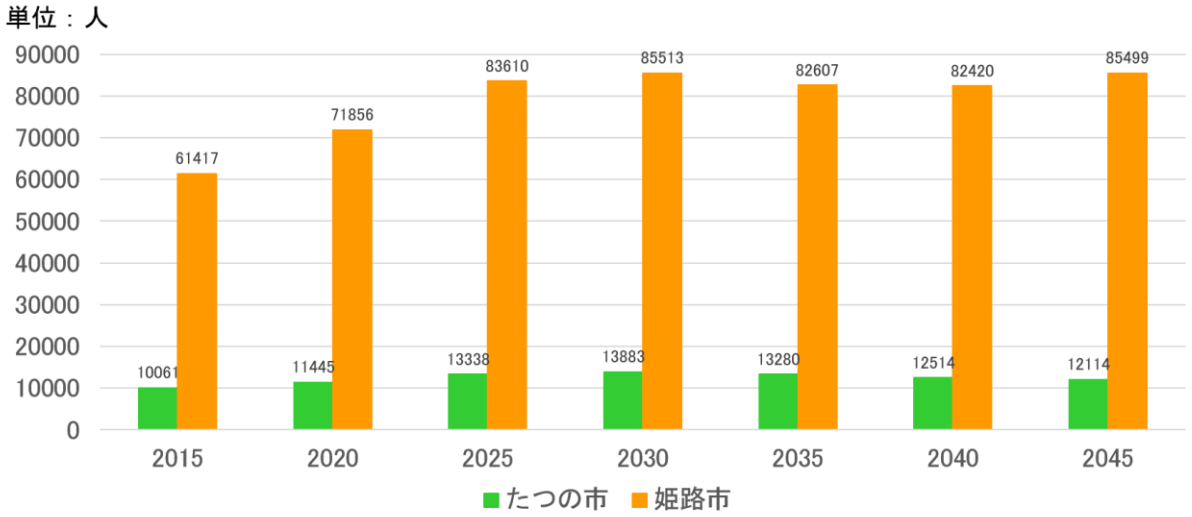
事情ではない。

11. 望ましい経営形態

幸いなことに市民病院は、経営破綻の危機を乗り越えることができたように見える。そして、それが職員の努力の賜によるものであることは論を待たない。しかし、それだけで満足するのではなく、今一度前回の経営危機がどのようにして起こったのかを正しく理解するとともに、職員の目からみて改善の必要がある事柄には、躊躇なく（できれば今日から）取り組む姿勢が必要である。

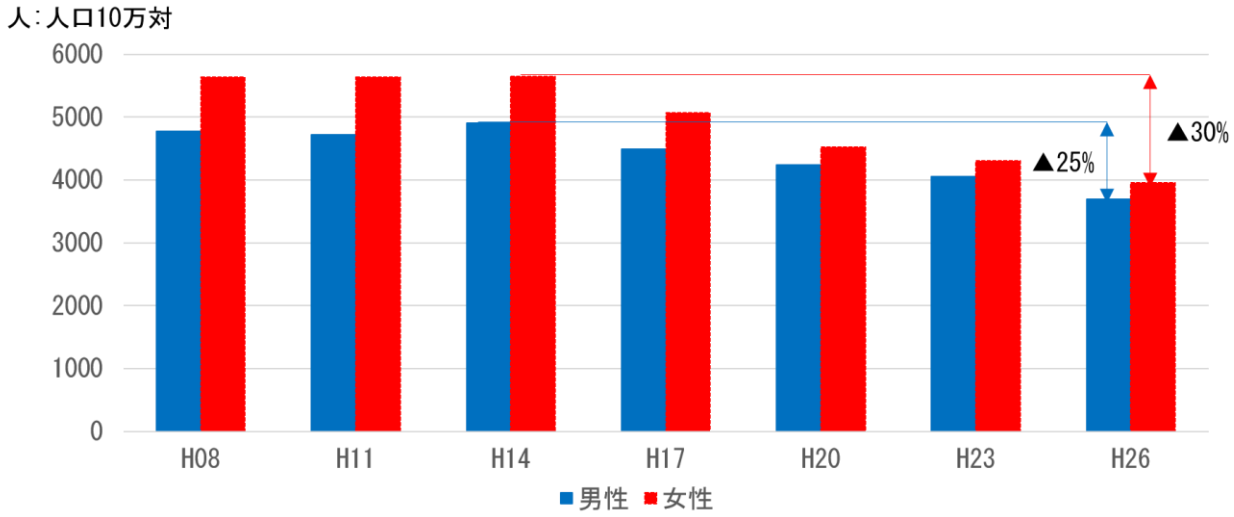
市民病院の医療機能を維持・向上させつつ、長期的かつ安定的に運営していくためには、職員一人ひとりが病院を自分達のものと考え、各々のできることを着実に積み上げていくことが必要である。本検討委員会は、このことを実現するための経営形態として、市民病院の地方独立行政法人化が最も適切であると結論する。

図１　後期高齢者の推計人口（たつの市・姫路市）



（出典：国立社会保障・人口問題研究所）

図２　後期高齢者の入院受療率（兵庫県）



（出典：厚生労働省患者調査）

参考資料

経緯から特徴、移行見込み、医師への影響まで

介護医療院の創設で業界はどう変わる？

業界変革の方向

医療＋介護＋生活支援＋住まいの機能を併せ持つ介護医療院の登場で地域の医療・介護の一体化が進む

超高齢社会や多死社会における医療・介護ニーズに応えようと、平成30年4月から新たに「介護医療院」が創設された。医療＋介護＋生活支援＋住まいの機能を併せ持つこれまでにないモデルの登場によって、医療・介護業界の地図はどう塗り替わるのか？そこで求められる医師の役割とは？　療養病床の見直しの過程で導き出された「介護医療院」という新たな枠組みを通して、慢性期医療や地域包括ケアシステムのあり方を考える。

構成／越塚玲子　取材・文／高柳由香　撮影／高柳由香（4P）、大手照雄（7、8P）

社会・疾病構造の変化を映し「療養型病床」は新たな段階へ

わが国の高齢者人口は2042年頃にピークを迎えるが、そこに向け年間死亡者数は現在より30万人程度増える見込みだ※1。労働人口の減少、高齢化率の上昇、家族介護力の低下といった変化を背景に、医療・介護は変わらざるを得ない状況に追い込まれている。このとき新たな選択肢となるのが「介護医療院」だ。

長期入院の増加に対応するために誕生した「療養型病床群」は平成12年の介護保険法の施行ならびに翌年の医療法改正を受けて、「介護療養病床」と「医療療養病床」に分かれた。ところが、その後に行なわれた実態調査で両者の入院患者の背景に差がみられなかったことから、23年度末での介護療養病床の廃止が決定。しかし、廃止・転換は思うように進まず、期限が一旦29年度末に延長されたが、その後の実態調査を受けて招集された「療養病床の在り方等に関する」検討会や特別部会での議論を経て、新施設類型の創設に至った。

図表1は医療・介護のサービス提供体制の全体像だが、この10年で介護療養は6・3万床減、医療療養は1・8万床増が報告されている（図表2）。日本慢性期医療協会会長の武久洋三氏は、「平成12年の介護保険導入以降、介護老人福祉施設（特養）やサービス付き高齢者向け住宅など居住系の施設が増えはじめ、ここ10年の爆発的な伸びにより、都心の小規模な病院が閉鎖に追い込まれている」と状況を説明する。

一般社団法人
日本慢性期医療協会
会長
武久洋三氏

1966年岐阜県立医科大学卒、71年徳島大学大学院医学研究科修了。同大医学部第3内科を経て、84年に博愛記念病院を開設。93年医療法人平成博愛会理事長、96年社会福祉法人平成記念会理事長就任。多くの病院経営の立て直し依頼に応じるとともに、厚生労働省や経済産業省の審議会等の委員も務める。現在、平成医療福祉グループの代表として、病院、介護老人保健施設・介護療養型医療施設、介護老人福祉施設、ケアハウス等の経営にあたる。2008年より現職。

※1　厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」

出典：「介護医療院の創設で業界はどう変わる？」（リクルートドクターズキャリア第38巻第6号4-9頁）

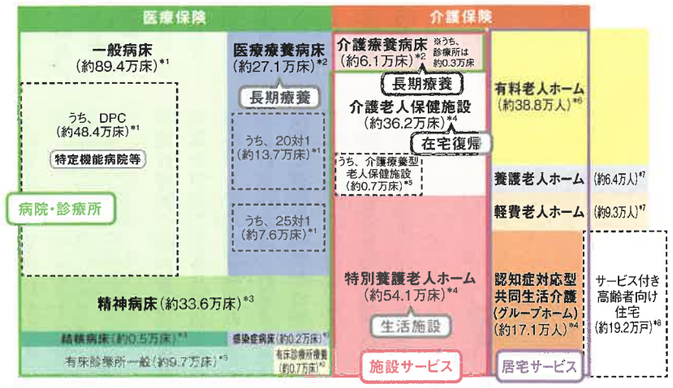
加算や特例措置を設けて早期かつ円滑な移行を促進

介護医療院と医療療養病床20対1との違いは「おもに必要とするサービス」が医療寄りなのか介護寄りなのかにある（図表4）。要介護高齢者の長期療養・生活施設である「医療機能を内包した施設系サービス」には介護医療院(I)と介護医療院(II)があるが、いずれも介護保険法に基づく設置であると同時に医療法上の医療提供施設である。どちらも面積は老健施設相当の8平米以上で、おもな利用者を「重篤な身体疾患を有する者」とする(I)では人員配置などの基準を介護療養病床相当とし、(I)と比べて容態が安定した利用者が想定される(II)では、基準を老健相当以上としている（図表5）。また、これらとは別に居住スペースと医療機関の併設「医療外付け型」があり、「比較的容態が安定した者」をおもな利用者とし、居住部分は特定施設入居者生活介護相当、広さも個室で13平米以上と有料老人ホーム並みだ（図表6）。

なお、早期かつ円滑な転換を促すために、大規模改修まで床面積等の施設基準を緩和する特例措置や介護報酬を25単位上乗せするなどの奨励策を設けている。創設後3年の期間限定で、転換日より1年間に限り算定される1日93単位の「移行定着支援加算」も大きい。武久氏は介護療養の約4・5万床、医療療養25対1の5万床近くが介護医療院への移行を選択するとみており、9月頃から本格的な移行が始まって、多くの施設が支援加算の付く2年以内の移行

転換がうまくいかなかった背景には、日常的な医学管理が必要な重介護者や看取り・終末期医療を必要とする人の受け皿不足がある。そこで介護療養病床が担ってきた役割に「生活施設」機能を付加し、地域の実情に合わせた形で慢性期医療・介護の需要に応えようと考え出されたのが「介護医療院」だ。当面の間、移行のおもな対象は介護療養病床の約5・9万床と医療療養病床（25対1）の約7・2万床（図表3）。

図表1●医療・介護サービス提供における全体像（イメージ）



*1　施設基準届出（平成26年7月1日）　*2　病院報告（平成27年8月分概数）　*3　医療施設動態調査（平成27年10月末概数）　*4　介護サービス施設・事業所調査（平成26年10月1日）　*5　介護保険総合データベース集計情報より老人保健課推計（平成25年6月分）　*6　老健局高齢者支援課調べ（平成26年7月1日）　*7　平成26年社会福祉施設等調査（平成26年10月1日）　*8　サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（平成27年12月）

出典：厚生労働省『第7回社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会　参考資料2「療養病床に関する基礎資料」』（平成28年12月7日）

図表2●療養病床数の推移

	H18(2006).3月	H24(2011).3月	<参考>H28(2016).3月
介護療養病床数	12.2万床	7.8万床（△4.4万床）	5.9万床（△6.3万床）
医療療養病床数	26.2万床	26.7万床（+0.5万床）	28.0万床（+1.8万床）
合計	38.4万床	34.5万床	33.9万床

※1括弧内は平成18年（2006）との比較　※2病床数については、病院報告から作成

出典：厚生労働省『第55回社会保障審議会医療部会　資料5「療養病床の現状と課題」』（平成29年11月10日）より抜粋

図表3●療養病床の概要

		医療療養病床 20対1	医療療養病床 25対1	介護療養病床	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム
概要		病院・診療所の病床のうち、主として長期療養を必要とする患者を入院させるもの ※看護職員の基準（診療報酬上の基準）で20対1と25対1が存在。		病院・診療所の病床のうち、長期療養を必要とする要介護者に対し、医学的管理の下における介護、必要な医療等を提供するもの	要介護者にリハビリ等を提供し、在宅復帰を目指す施設	要介護者のための生活施設
病床数		約14.4万床 *1	約7.2万床 *1	約5.9万床 *2	約36.8万床 *3（うち、介護療養型：約0.9万床）	約56.7万床 *3
設置根拠		医療法（病院・診療所）		医療法（病院・診療所） 介護保険法（介護療養型医療施設）	介護保険法（介護老人保健施設）	老人福祉法（老人福祉施設）
施設基準	医師	48対1（3名以上）		48対1（3名以上）	100対1（常勤1名以上）	健康管理及び療養上の指導のための必要な数
	看護職員	4対1（29年度末まで、6対1で可）	2対1（3対1）	6対1 3対1	3対1（うち看護職員を2/7程度を標準）	3対1
	介護職員 *4	4対1（29年度末まで、6対1で可）		6対1		
面積		6.4㎡		6.4㎡	8.0㎡ *5	10.65㎡（原則個室）
設置期限		—		平成35年度末（法改正の29年6月公布）で→29年度末から第1次特別延長	—	—

※1施設基準届出（平成27年7月1日）　※2病院報告（平成28年3月分概数）　※3介護サービス施設・事業所調査（平成27年10月1日）　※4医療療養病床にあっては、看護補助者。　※5介護療養型は、大規模改修まで6.4㎡以上で可。

出典：厚生労働省『第55回社会保障審議会医療部会　資料5「療養病床の現状と課題」』（平成29年11月10日）より抜粋

を目指すものと予測している。

介護医療院の転換には課題も残る。介護療養病床は名前が変わっても財源や基準はそのままだが、医療療養病床からの転換は財源が変わる分、簡単ではない。介護保険の保険者である市町村の負担は自治体規模が小さいほど深刻で、すでに転換申請に待ったをかける市町村も現れているという。武久氏は「国保同様、介護保険も運営主体を市区町村から都道府県に移すなど、何らかの手を講じる必要がある」と対策を促す。

地域の多様性に応えるには 介護医療院を含む多機能病院

国は特養を終の棲家と位置づけ、加算をつけて看取り機能の強化をはかる。しかし、「看取りの場が不足するというのは誤った考え」と武久氏は異を唱える。「現在の平均在院日数30日を3分の2に短縮するだけで、新たに増える後期高齢者の4・2%※2にあたる20万人は楽に収容できる」という。また、病床利用率※3から推計される空き病床は30万に及ぶ。「介護医療院は、限られた医療資源を最大限に生かせて、医師や看護師が常駐しているという他の介護保険施設にはない安心感が得られ、利用者の利便性も高い。看取りの場としても機能し、医療・介護地図を大きく塗り替える」と武久氏は確信する。

ただし、利用者のニーズにあった施設がすべて揃った地域はそう多くない。「そうした地域では、地域包括ケア、医療療養、回復期リハ、介護医療院など複数の機能を併せ持つ多機能病院が必要」と武久氏。それでこそ高齢者の急変を含む慢性期の医療をおおむねカバーできるし、利用者も状況にあった病床を選択できる。

「高齢者だから何もしない」のではなく、治療も看取りも前向きな姿勢が必要と武久氏は考える。諸条件が複雑に絡みあった病態を解きほぐして改善に導く――慢性期医療の守備範囲は今後もさらに広がりそうだ。

図表4●慢性期の医療・介護ニーズへ対応するためのサービスモデル

	現行の医療療養病床(20:1)	案1 医療内包型 案1-1	案1 医療内包型 案1-2	案2 医療外付け型 案2	現行の特定施設入居者生活介護
サービスの特徴	長期療養を目的としたサービス(特に、「医療」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス(特に、「介護」の必要性が高い者を念頭)	長期療養を目的としたサービス	居住スペースに病院・診療所が併設した場で提供されるサービス	特定施設入居者生活介護
	病院・療養所	長期療養に対応した施設(医療提供施設)		病院・診療所と居住スペース	有料老人ホーム 軽費老人ホーム 養護老人ホーム
利用者像	医療区分Ⅲを中心。	・医療区分Ⅰを中心。・長期の医療・介護が必要。			
	特に医療の必要性が高い者。	医療の必要性が高く、**容体が急変するリスク**がある者。	医療の必要性は多様だが、**容体は比較的安定**した者。		
医療機能	・人工呼吸器や中心静脈栄養などの医療	・喀痰吸引や経管栄養を中心とした日常的・継続的な医学管理	多様なニーズに対応する日常的な医学管理		医療は外部の病院・診療所から提供
	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)	・24時間の看取り・ターミナルケア ・当直体制(夜間・休日の対応)又はオンコール体制	オンコール体制による看取り・ターミナルケア	併設する病院・診療所からのオンコール体制による看取り・ターミナルケア	
介護機能	介護ニーズは問わない	高い介護ニーズに対応	多様な介護ニーズに対応		

※医療療養病床(20対1)と、特定施設入居者生活介護については、現行制度であり、「新たな類型」の機能がわかりやすいよう併記している。

出典:平成27年度「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて～サービスを提供する施設の新たな選択肢について～」より抜粋

図表5●医療機能を内包した施設系サービス

	介護医療院 (Ⅰ)	介護医療院 (Ⅱ)
基本的性格	要介護高齢者の長期療養・生活施設	
設置根拠(法律)	介護保険法 ※ 生活施設としての機能重視を明確化。 ※ 医療は提供するため、医療法の医療提供施設にする。	
主な利用者像	重篤な身体疾患を有する者及び身体合併症を有する認知症高齢者 等 (療養機能強化型A・B相当)	左記と比べて、容体は比較的安定した者
施設基準(最低基準)	介護療養病床相当 (参考:現行の介護療養病床の基準) 医師 48対1(3人以上) 看護 6対1 介護 6対1	～ 老健施設相当以上 (参考:現行の老健施設の基準) 医師 100対1(1人以上) 看護・介護 3対1 ※うち看護2/7程度
	※ 医療機関に併設される場合、人員配置基準の弾力化を検討。 ※ 介護報酬については、主な利用者像等を勘案し、適切に設定。具体的には、介護給付費分科会において検討。	
面積	老健施設相当(8.0㎡/床) ※ 多床室の場合でも、家具やパーテーション等による間仕切りの設置など、プライバシーに配慮した療養環境の整備を検討。	
低所得者への配慮(法律)	補足給付の対象	

出典:厚生労働省「「第5回療養病床の在り方等に関する特別部会」資料(一部改変)」より抜粋

図表6●医療を外から提供する居住スペースと医療機関の併設

	医療外付け型(居住スペースと医療機関の併設)
設置根拠(法律)	✔ 医療機関 ⇒ 医療法 ✔ 居住スペース ⇒ 介護保険法・老人福祉法 ※ 居住スペースは、特定施設入居者生活介護の指定を受ける有料老人ホーム等を想定(介護サービスは内包)
主な利用者像	医療の必要性は多様だが、容体は比較的安定した者
施設基準(居住スペース)	(参考:現行の特定施設入居者生活介護の基準) 医師 基準なし 看護・介護 3対1 ※看護職員は、利用者30人までは1人、30人を超える場合は、50人ごとに1人 ※ 医療機関部分は、算定する診療報酬による。
面積(居住スペース)	(参考:現行の有料老人ホームの基準) 個室で13.0㎡/室以上 ※ 既存の建築物を転用する場合、個室であれば面積基準なし

出典:厚生労働省「「第5回療養病床の在り方等に関する特別部会」資料(一部改変)」より抜粋

※2 平成26年患者調査により算出された後期高齢者の入院受療率
※3 平成27年医療施設(動態)調査・病院報告の概況

Report

日本介護医療院協会 設立記念シンポジウム

日本慢性期医療協会内に新たに組織された『日本介護医療院協会』の設立記念シンポジウムが平成30年4月2日(月)に都内のホテルで開かれ、厚生労働省や関係団体の代表者らが登壇し、「新たなモデル『介護医療院』の創設と展望」が語られた。

療養病床をめぐる議論は「強制転換」策から時代を映し、未来につなぐ「新モデル」の提案へ

医療・介護・住まいを併せた新たな枠組みに高まる期待

冒頭、会長に就任した江澤和彦氏が挨拶に立ち、介護医療院は「住まいと生活を医療が下支えするニューモデル」であり、転換ではなく参入という表現がふさわしいとの考えを示したうえで、協会として「研修会の企画・開催や好事例を世の中に示していくことによって、介護医療院のあるべき姿を模索し、より良い方向へと導きたい」と決意を述べた。

厚生労働省医務技監の鈴木康裕氏は、人口動態や世帯構成の変化に対応するためには「家庭内の介護力に依存せず、社会全体で支えるしくみが必要」と述べ、「自宅療養の実現を阻む『家族の負担』や『急変時の対応』への不安が払拭されれば、できる限り自宅で過ごし、必要に応じて施設に入り、また自宅に戻るような暮らし方が可能になるのではないか」と課題を明示。そして、「医療機能の集約化を進める一方で、新たな選択肢を設けることによって、慢性期の医療・介護ニーズに対応する『地域医療と住まいの新モデル』の提供につなげたい」と介護医療院の目指すべき方向性を示した。

続いて、厚労省や社会保障審議会委員として「療養病床の在り方」ならびに「介護医療院の施設基準や報酬」の論議に加わった日本医師会常任理事の鈴木邦彦氏が、介護医療院と「地域包括ケアのまちづくり」をテーマに講演。機能転換を強制した平成18年の介護療養病床廃止政策を「北風路線」と振り返り、「医療・介護が地域の実情に応じた多様なニーズに応えるためには、医療・介護事業者にとって魅力ある選択肢を用意し、どの機能を選んでも経営が成り立つようにすべき」として、介護医療院の創設を「太陽路線」と歓迎の意を表した。

日本慢性期医療協会会長の武久洋三氏も、「病院の空き病床を医療・福祉の複合施設に転用すれば、特養の新設がある程度抑えられる。医療機器も人材も揃っているので、看取りの場としても適している」と述べ、兵庫県淡路島の現状を例に、介護医療院は老老介護、移動の不便さ、在宅医の高齢化などの課題を解決し、慢性的な人材不足の解消にも役立つと、その可能性に期待を寄せた。

一方、衆議院議員の安藤高夫氏は、介護医療院における検討課題として、医療と介護の質、地域ニーズとのマッチング、継続可能な制度設計と運用、人員と財源の確保などを挙げた。

最後に江澤氏が、介護医療院をイメージしやすいよう、「利用者の尊厳の保障」を理念に掲げて自身が山口県宇部市や岡山県倉敷市で展開する施設の医療・看護・介護サービスや地域貢献の様子を紹介。全体を通じ介護医療院の展望が幅広く語られた。

左から厚生労働省・医務技監／鈴木康裕氏、日本医師会・常任理事／鈴木邦彦氏、日本慢性期医療協会・会長／武久洋三氏、衆議院議員／安藤高夫氏。座長は日本介護医療院協会・会長／江澤和彦氏

介護医療院のこれから

『住まいと生活を医療が下支えする新モデル』――その未来をつくるのはチャレンジ精神と柔軟な姿勢

介護医療院が目指すべきは個人の尊重と尊厳の保障

施設基準や報酬などの枠組みが示されスタートを切った「介護医療院」。実際の中身はどのようなものなのか。

日本介護医療院協会の初代会長に就任した江澤和彦氏は、「介護医療院は単なる既存病床の転換の受け皿ではなく、『住まいと生活を医療が下支えする新モデル』」として敢えて「参入」という表現を用いている。介護医療院は介護保険上の介護保険施設であり、医療法上の医療提供施設である。つまり、介護療養病床や医療療養病床が担ってきた役割に新たに生活機能を付加することで初めて介護医療院が成立するのだ。

重度の要介護者の受け皿となる介護医療院にとって「看取り」は重要な役割の一つ。新モデル創設に向けた議論のなかで、「理念」が話されることはなかったというが、江澤氏は自身が信条に掲げる『尊厳の保障』を「協会としても介護医療院の目指すところとしたい」と語る。すなわち、「利用者の尊厳を最期まで保障する」という明確な意思でケアにあたり、一人ひとりの状況に応じた自立支援を念頭に置いて長期療養・生活を支え、補完し合う関係にある在宅療養を支援できる器を持ち、住民の健康や地域づくりにつながる活動を通して地域に貢献し、地域住民に開かれた施設として地域交流の活性化をはかることで、地域包括ケアシステムを深化・推進する役割を担う(図表7)。

医療現場の常識に囚われずあきらめずに挑戦し続ける

介護医療院で提供されるサービスは図表8のとおり。なかでも「利用者の意思、趣向、習慣の尊重」といった個別ケアを実践するには、管理・指導が中心の「病院の常識」から頭を切り替える必要がありそうだ。

参考として江澤氏は自法人が運営するユニット型老健を例にあげる。ここでは、平成16年の開所時から「起床時間も食事の時間も個人の自由。通常のケアプラン以外に、長年の生活習慣を守り趣味趣向を大切にするケアを提供している」という。「人生の最終段階における医療介護(アドバンス・ケア・プランニング)」も大事な仕事の一つ。介入は早すぎては失敗するし、遅くても役に立たない。「本人の意思を最大限に尊重するために医療・ケアチームが繰り返し話

図表7●介護医療院とは

- ●住まいと生活を医療が支える新たなモデルとして創設
- ●介護保険上の介護保険施設(生活機能)+医療法上の医療提供施設(長期療養)
- ●I型:介護療養病床(療養機能強化型)相当とII型:老人保健施設相当(療養型)のサービス提供

『尊厳を保障する介護医療院』

利用者の尊厳を最期まで保障し、状態に応じた自立支援を常に念頭に置いた長期療養・生活施設であり、さらに、施設を補完する在宅療養を支援し、地域に貢献し地域に開かれた交流施設として、地域包括ケアシステムの深化・推進に資する社会資源である。

図表8●介護医療院の提供サービス

- ●利用者の意思・趣向・習慣の尊重(個別ケア)
- ●人生の最終段階における医療介護(ACP)
- ●生活期リハビリテーション(心身機能・活動・参加)
- ●廃用性症候群の脱却(過剰介護廃止)
- ●自立支援介護(食事・入浴・排泄)
- ●摂食嚥下・栄養・口腔機能・口腔ケア・褥瘡防止
- ●通所リハ・訪問リハ・短期入所
- ●地域貢献(介護者教室・出前講座・カフェ・ボランティア・地域づくり)

図表9●介護医療院における生活施設の役割

- ●プライバシーの尊重(ハード+ソフト)
- ●居場所づくり(愛着ある物の持ち込み・音楽)
- ●生活環境(トイレ・浴槽・ベッド高・椅子テーブルサイズ・手すり位置・補助具)
- ●年中行事・レクリエーション開催
- ●地域交流(住民交流イベント・カフェ・社会資源利用)

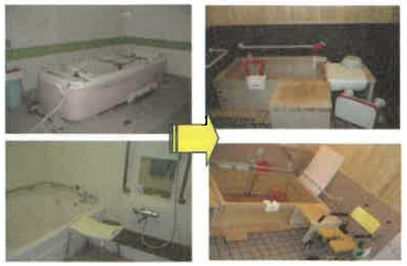
図表7~9:江澤氏提供資料

日本介護医療院協会
会長
江澤和彦氏

1988年日本医科大学卒。岡山大医学部付属病院、倉敷広済病院等にて救急医療や関節リウマチの専門治療に取り組む。96年倉敷広済病院院長、医療法人和香会(岡山県倉敷市)/医療法人博愛会(山口県宇部市)理事長就任、97年岡山大学大学院医学研究科修了。倉敷スイートタウンや宇部記念病院など、複数の医療・介護施設、事業所を開設・運営、設計・建築、内外装、補助具開発を自ら手掛ける。2002年社会福祉法人優和会理事長就任、18年4月より現職。

特浴 ⟹ ひのき風呂の個浴へ

2cm刻みの高さの椅子もトイレの補助具も本人が動きやすく、職員が介助しやすいよう計算されている。



適度なサイズの浴槽と高い技術と熱意を持った介護職が揃えば、特殊入浴の対象者でも個浴を可能にする。

6人部屋(改修前)

3人部屋(改修後)

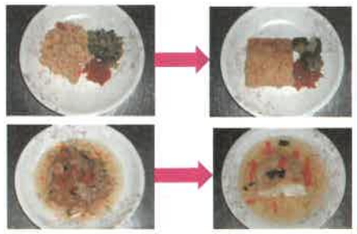
個室的多床室

宇部記念病院は平成15年の大改修で畳敷きにして家庭的な雰囲気に。閉めれば個室、開ければ大部屋の自由度の高い造り。

環境を整える

鏡台、人形、家族写真など、好きなものに囲まれた「居場所」を。

習慣・こだわりを大切に



(左)平成17年に刻み食を撤廃しソフト食に。飲み込みやすく「おいしそう」で「おいしい」嚥下食を提供 (右)誕生日食は好きなものを無料で提供。一番人気は岡山のばら寿司。

をしていきますが、死が近づくにつれて気持ちの揺れ幅が大きくなるため、頻回に話し合いを持つようになります」(江澤氏)

ほかにも、生活期リハや自立支援介護、在宅療養支援の三本柱である通所リハ、訪問リハ、短期入所(ショートステイ)を提供する。

江澤氏のスタンスは、「あきらめたら利用者の可能性はゼロになる」「普通でないことを当たり前とせず、挑戦し続ける」ことだ。経営者になってほどなくして取り組んだことがある。機械浴の撤廃とヒノキ浴槽での個浴の実現だ。「適度なサイズの浴槽に介護職の技術がうまくマッチすれば、要介護5の方にも安心して肩までお湯に浸かってもらえる」との思いを確信に変えた。いまや大規模施設であってもすべて個浴を実現しており、入浴ケア「週2回以上」の施設運営基準に甘んじることなく、平均3・8回の実績を維持している。

生活施設(住まい)ならではの役割や留意点もある(図表9、写真)。プライバシーの尊重には、間仕切りなどのハード面だけでなく、プライバシーのある空間の確保など、ソフト面での配慮も求められる。また、愛着のあるもの、好きな音楽に囲まれた「居場所づくり」も安心な暮らしの大切な要素となる。

江澤氏が徹底してこだわっているのが「生活環境」の整備だ。建物の設計や内外装を手掛けるほか、椅子やテーブル、トイレの手すりや補助具、浴槽の深さや大きさまでも自身で設計する。「要介護の方や小柄な方でもできる限り暮らしやすく、車椅子の人でもある程度訓練すれば一人で動けるような空間を目指した」(江澤氏)結果、車椅子は移動の時だけとなり、わずか1か月の間に3名の廃用性嚥下障害が改善し、長期間の胃瘻が抜けたのだという。

時代が求めるのは、地域包括ケアシステムを支える医療人

「相手のつらさや哀しみをいかに共有できるか」が江澤氏の原点であり、現場のスタッフにも「その人を知ること、思いをもって接すること」を求める。また、これからはすべての医者が地域包括ケア医にならなければいけないという。先の同時改定で、退院支援加算が「入退院支援加算」に改められたのも、地域で何が求められているかを物語る。

「治療を終えた後、その人がどんな生活をし、どういう環境に置かれるのかを考えることなく、医療は提供できない。勤務医も病院の外に出て行って、在宅医療を経験したり、地域の介護・看護職などとの交流を深めることで、地域を知る努力をして欲しい」と江澤氏は感じている。